

記入例・申請書オモテ・児童

(様式第1号)

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先) 一宮市福祉事務所長

次のとおり申請します。

また、下記の申請内容について、各関係機関に調査照会することに同意します。

なお、特例障害児通所給付費の請求については、その受領の権限を基準該当事業所に委任します。

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、一宮市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者の氏名・生年月日・住所・マイナンバー・電話番号を記入

申請者	フリガナ	伊ハヤ タロウ	生年月日	申請年 昭和 ○年 ○月 ○日	
	氏名	一宮 太郎	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○	
	居住地	〒491-8501 一宮市本町2丁目5-6 電話番号 (0586) 28-9134			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	伊ハヤ ジロウ	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日	
	氏名	一宮 次郎	続柄	子	
			個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○	
身体障害者手帳番号	XXXXXX	療育手帳番号	○○○○○○	精神障害者保健福祉手帳番号	

お子様の氏名・生年月日・マイナンバー・続柄を記入

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「被保険者名及び保険者番号」欄は、区原生児童発達支援を申請する場合は記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 <b>放課後等デイサービス 10日/月</b>
-----------	------------	--

ご利用中のサービスを記入

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

申請するサービスにチェック

※通所サービスについては  
未就学児の場合: 児童発達支援  
就学児の場合: 放課後等デイサービス  
が対象となります

記入例・申請書ウラ・児童

この欄は記入不要

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (同一世帯に障害児通所支援、保育所、幼稚園、認定こども園、特別支援学校幼稚部若しくは情緒障害児短期治療施設に通う児童がいる場合、あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。	この欄は記入不要
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書を提出する必要があります。	申請書を提出する方の氏名等を記入

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	一宮 花子	申請者との関係	妻
住所	〒 491-8501 一宮市本町二丁目5-6 電話番号(090)000-0000		